**Бенилова С.Ю.,** канд.мед.наук, врач психиатр высшей категории

**Резниченко Т.С.,** канд.пед.наук, логопед высшей категории

*Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва*

«Вопросы психического здоровья детей и подростков» – М., 2010. – №1. – С. 38 – 51.

**Новые подходы к проблеме дифференциальной диагностики**

**системных нарушений речи и детского аутизма**

В последнее десятилетие, как в нашей стране, так и зарубежом отчётливо прослеживается тенденция к увеличению числа детей с детским аутизмом (ДА) и системными нарушениями развития экспрессивно-рецептивной речи (СНРР).

**Аутизм** – одно из тяжелых нарушений психического развития. Проблема этого расстройства является одной из наиболее актуальных в области педиатрической психиатрии.

Все существующие основные диагностические системы (ДСМ-III-Р, ДСМ-IV и международной классификации болезней – МКБ-10) сходятся в том, что для постановки диагноза аутизма должны присутствовать 3 основные нарушения: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения. Согласно принятой в России МКБ-10 [24], ДА (F84.0) – это общее расстройство психического развития, при котором отмечаются качественные нарушения коммуникации и социального взаимодействия, ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения, деятельности, интересов, игр и активности. Выражены также нарушения эмоционального развития, когнитивных процессов и речевого развития. По современным международным клиническим классификациям, аутизм включен в группу первазивных расстройств (от англ. Pervasive – проникающий, распространяющийся повсюду), то есть охватывающих все области психики.

В связи с неоднозначными подходами к диагностической оценке аутистических расстройств показатели их распространенности у детей в разных странах (ФРГ, США, Японии, Швеции, Великобритании) колеблются от 4 до 26 случаев на 10 000 детского населения [27, 35].

Начиная с 2005 года, уже на 250-300 новорожденных в среднем приходился один случай аутизма. По данным Центра по контролю заболеваемости (США), частота встречаемости расстройств аутистического спектра составляет 1 случай на 161 новорожденных, что аналогично данным Всемирной организации Аутизма: в 2008 году 1 случай аутизма приходился на 150 детей. Согласно данным Американского Общества Аутизма приблизительно 1 из 500 детей рождается больным аутизмом. Таким образом, за последние десять лет количество детей с аутизмом выросло в 10 раз. В нашей стране статистика показывает, что за последнее время количество страдающих аутизмом детей увеличилось более чем в 3 раза. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем [5].

У большинства детей, имеющих диагноз классического аутизма, выражено значительное снижение интеллектуального развития и отмечается диссоциированная задержка интеллектуального развития в широком диапазоне – на 1–5 возрастных порядков и более. Из них около 80% имеют уровень IQ (коэффициент интеллекта) менее 70. Только у 15% детей с ДА интеллект не нарушен.

Имеются существенные межполовые различия в распространенности детского аутизма. Большинство исследователей указывают, что аутизм в 2,5 – 4 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, тогда как нарушения у девочек носят более деструктивный характер [2, 33].

Многие исследователи в клинической картине ДА выделяют наиболее характерные и постоянно присутствующие симптомы, но считают, что *не все из них нозологически специфичны* [1, 2, 34, 37, 39, 40, 41].

Согласно МКБ-10, выделяются следующие диагностические критерии ДА:

1. Качественные нарушения реципрокного взаимодействия, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:
   * неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию;
   * неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками;
   * отсутствие социо-эмоциональной зависимости, что проявляется нарушенной реакцией на других людей, отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;
   * отсутствие общих интересов или достижений с другими людьми.
2. Качественные аномалии в общении, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:
   * задержка или полное отсутствие спонтанной речи, без попыток компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);
   * относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития);
   * повторяющаяся и стереотипная речь;
   * отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более младшем возрасте) подражательных игр.
3. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:
   * поглощенность стереотипными и ограниченными интересами;
   * внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;
   * стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы;
   * повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

Нарушения речи при ДА нередко являются первым проявлением заболевания и носят очень стойкий характер. Особенно это проявляется в раннем дошкольном возрасте, когда речевая деятельность у этих детей не формируется, и отсутствует вербальное общение.

Для детей с аутистическими проявлениями характерны следующие особенности развития речи в ранний период: недифференцированный плач, вызывающий трудности в интерпретации, малоактивное или необычное гуление, напоминающее визг или крик, отсутствие звуковой имитации, выраженное нарушение понимания обращенной к ребенку устной речи и осознания смысла сказанного [4, 15].

Речевые расстройства весьма разнообразны, наиболее отчетливо заметны после 3 лет [38, 42].

Современные авторы [5] выделяют следующий спектр речевых расстройств при ДА:

* первичный мутизм (с самого начала развития речь отсутствует);
* формально «правильное» развитие речи до 2-2,5 лет с последующим глубоким (до мутизма) распадом;
* формально «правильное» развитие речи до 2-2,5 лет с последующим регрессом (в 2,5 – 6 лет) и регредиентно-искаженной динамикой после 5-7 лет;
* нарушение слухового внимания;
* задержка (или недоразвитие) речи в сочетании с искажением ее развития;
* нарушение понимания обращённой речи;
* искаженное развитие речи;
* разрыв между импрессивной и экспрессивной сторонами речи: при бытовом понимании обиходных фраз ребенок почти не владеет самостоятельной речью.

Типичным также является присутствие эхолалий [4].

**Системные нарушения развития экспрессивно-импрессивной речи** по типу афазии развития (моторные и сенсомоторные алалии), классифицируемые в МКБ-10 в рубриках нарушения психологического развития F80.1 и, соответственно, F80.2, отличаются значительной распространённостью у детей – от 15% до 83%, [7, 8 10, 14, 23, 25, 26, 29, 31, 36]. Различия по частоте встречаемости в зависимости от пола такие же, как и при ДА: у мальчиков в 2,5 – 3 раза чаще.

Для клинической картины СНРР, как отмечают многие исследователи [7, 8, 18, 19 и др.], характерно:

* снижение внимания, памяти и интеллектуальной деятельности;
* инертность психических процессов, особенно интеллектуальных;
* повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках;
* трудность переключения активного внимания и его узость;
* разнообразные аффективные нарушения: лабильность, раздражительность, возбудимость в одних случаях, эйфорический фон настроения, чередующийся с дисфориями – в других, апатия и безразличие – в третьих;
* расстройства волевой сферы: слабость побуждений, вялость или, наоборот, расторможенность поведения, болтливость, усиление примитивных влечений, повышенная психическая истощаемость;
* социальная дезадаптация.

Отличительной особенностью СНРР, особенно рецептивной речи, является отсутствие коммуникативного характера голосовых реакций, бедность и невыразительность звукопроизношения и рудиментарность предречевых этапов [20]. На фоне измененного развития речевых навыков в первые два года жизни могут наблюдаться эхолалии, речевые стереотипии. Эти проявления отличаются частотой, не имеют игровой окраски, не направлены на общение, однообразны, вне связи с окружающим повторяются одни и те же слова.

Основные клинические характеристики речевых расстройств при СНРР по типу экспрессивно-рецептиной афазии развития [7, 28]:

* отсутствие и слабо выраженный лепет;
* запаздывание речевых реакций в раннем детском возрасте;
* появление первых слов с 2 – 3 лет, а иногда и позднее;
* формирование фразовой речи не возникает самостоятельно или появляется к 5 – 6 годам и состоит из упрощенных предложений, включающих 2 – 3 слова;
* грубые расстройства всех сторон речи: фонематические, фонетические, лексические, грамматические;
* затруднение понимания обращённой речи при сохранности слуха;
* нарушение слухового внимания;
* выраженный разрыв между импрессивной и экспрессивной сторонами речи: при бытовом понимании обиходных фраз ребенок почти не владеет самостоятельной речью
* дети часто называют, но не понимают на слух слова, обозначающие любимые или знакомые ребенком предметы.

Из выше сказанного, со всей очевидностью мы можем говорить о вероятной гипердиагностике ДА, связанной с тем, что имеется ряд общих клинических проявлений при ДА и СНРР с выраженным сенсорным компонентом [12, 13].

**Общие клинические проявления**:

* *широкий спектр расстройств аутистического круга –*
* эхолалии,
* наличие стереотипий: «манежное поведение» (бесцельное бегание по кругу); однообразные действия: моторные (раскачивание, прыжки, постукивания и т.д.), речевые (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз),
* бесконечные манипуляции каким-либо предметом,
* однообразные монотонные игры.
* *специфические нарушения формирования речи –*
* отсутствие вербальной речи,
* полное или недостаточное понимание обращённой речи,
* отсутствие или непостоянство отклика на обращение, на собственное имя,
* заметная реакция на слабые звуки и её отсутствие в ответ на звуки более громкие
* неинтонированные вокализации
* факты однократного произнесения некоторых слов без дальнейшего их употребления;
  + *нарушения коммуникативной сферы –*
* отсутствие потребности в общении,
* избирательные контакты,
* интровертные реакции;
  + нарушения эмоционально-поведенческой сферы –
* эмоциональная неустойчивость,
* раздражительность,
* неустойчивость эмоциональных реакций от аффективных до безучастных,
  + психомоторное возбуждение,
  + слабость побуждений,
  + вялость или, наоборот, расторможенность поведения,
  + усиление примитивных влечений;
    - нарушение формирования высших психических функций (ВПФ) и интеллектуальной деятельности –
      * снижение уровня активного внимания и его ограниченность,
      * низкий уровень объёма краткосрочной памяти,
      * повышенная инертность психических процессов,
      * повышенная утомляемость и истощаемость, особенно при психических нагрузках;
* проблемы социальной адаптации.

Такое положение приводит к тому, что нередко нарушения развития в нервно-психической сфере у детей раннего и дошкольного возраста расценивают как ДА. Как следствие, неправильный диагноз; сложности дифференциальной диагностики, особенно ранней; отсутствие рекомендаций по оптимальному сочетанию психофармакотерепии, психологической, педагогической, логопедической коррекции и работы с родителями, в дальнейшем приводят к снижению социального статуса ребенка, ухудшению качества жизни, а иногда к инвалидности. В связи с этим встала задача выявления специфических методов, которые могут помочь дифференцировать эти заболевания.

Поэтому в детском отделении Центра патологии речи и нейрореабилитации г. Москвы (далее – Центр) осуществляется разработка системы фиксации диагностически значимых показателей у детей с отсутствием вербального общения.

Необходимость такой разработки обусловлена в первую очередь, увеличением количества неговорящих детей поступающих на первичную консультацию в Центр с диагнозом «умственная отсталость», поставленным в итоге весьма кратковременного обследования по месту жительства. В последние годы, когда возрос интерес к проблеме детского аутизма, в Центр стали в огромном количестве обращаться родители, напуганные этим тяжелым диагнозом, поставленным без углублённого анализа состояния ребёнка.

На сегодняшний день имеется достаточное количество диагностического материала, разработанного как отечественными, так и зарубежными авторами. Предложены схемы для обследования ВПФ детей и перечни нормативных показателей развития [17, 21, 22, 30, 32 и др.] Принимая во внимание материал этих исследований, мы предлагаем собственную ***систему фиксации диагностически значимых показателей.***

Диагностически значимые показатели ***на первичном приёме.***

Если у детей отсутствует экспрессивная речь, но при этом они:

* широко используют невербальные средства коммуникации;
* способны к осмысленной игре;
* участвуют в эмоциональном общении в специально созданных ситуациях;
* проявляют познавательный интерес,

то им ставится диагноз «афазия развития» и они сразу поступают на основной курс, **цель** которого – подготовка к обучению по общеобразовательным программам.

Дети, в отношении которых на первичном приёме трудно однозначно решить вопрос, обусловлено отсутствие вербального общения патологическим формированием языковой системы или умственной отсталостью, или ДА, направляются на ориентировочно-диагностический курс (ОДК).

**Цель ОДК** – проведение дифференциальной диагностики умственной отсталости, ДА и СНРР. *Продолжительность ОДК варьирует от 6 месяцев до двух лет, так как мы категорически отвергаем возможность диагностики без продолжительных наблюдений за характером формирования ВПФ* [11].

Если на основном курсе характер происходящих с ребёнком изменений отмечается каждые 10 занятий, то на ОДК диагностически значимые показатели фиксируются после каждого занятия.

**Содержание курсового лечения:** логопедические занятия; психологические занятия по развитию коммуникативной сферы, игровой деятельности и бытовых навыков; укрепление адаптационных механизмов; фармакотерапия по системе курсовой патогенетической медикаментозной терапии (КПТМ), основанной на одновременном воздействии на все звенья патогенеза и направленной на купирование психопатологических проявлений, неврологических нарушений и стимулированию когнитивных функций [7, 10, 11]; психотерапевтическая поддержка родителей по системе «Особые дети – особое общение» [6, 9, 11, 12]; согласованность действий специалистов; реализация взаимодействия специалистов и родителей.

Роль фармакотерапии в коррекционном процессе заключалась в следующем: содействии оптимальному развитию и созреванию ЦНС, устранению имеющихся на пути развития ребенка препятствий, мешающих адаптивному развитию, повышению чувствительности отклоняющегося в развитии ребенка к другим формам коррекционного воздействия. *Содержание фармакотерапии*: КПТМ; информированное согласие родителей; принцип дифференцированного и строго индивидуального подхода для ребенка. *Направления фармакотерапии*: восстановление нейрометаболизма, устранение нарушений ликворо- и гемодинамики, нормализация вегетативных функций, снятие речедвигательных нарушений, стимуляция психоэмоциональной сферы, устранение психопатологических проявлений.

*Этапы психотерапевтической поддержки проводились*: в процессе обследования; в процессе динамического наблюдения; в процессе непосредственного комплексного коррекционного и опосредованного воздействия; на основе когнитивно-ориентированного подхода. Необходимым условием комплексного медико-психолого-педагогического реабилитационного воздействия была коррекция детско-родительских отношений. Это способствовало налаживанию позитивного эмоционального контакта между родителями и ребенком, подчеркиванию достоинств ребенка, формированию адекватного отношения к трудностям ребенка, создание позитивной комфортной атмосферы для ребенка и родителей, создание ситуации успешности для пациента [6, 9, 12].

Вовлечение родителей в оценку состояния детей с отсутствием вербального общения не случайно многими специалистами считается чрезвычайно важным условием. Специалисты принимают во внимание наблюдения родителей над ребёнком в разных ситуациях, и таким образом получают представление о том, что происходит с ребёнком в тех условиях, которые невозможно создать на приёме.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в течение 2004 – 2009 годов в детском отделении Центра патологии речи и нейрореабилитации г. Москвы. Наблюдение проводилось за 47 неговорящими детьми, обратившихся в Центр с предположительным диагнозом – детский аутизм (36 – мальчиков, 11 – девочек, возраст от 3 до 6 лет). Период наблюдения осуществлялся на протяжении 6 – 12 месяцев.

Исследование было открытое и сравнительное. Диагностика нарушений проводилась в рубриках МКБ-10 (F80.1, F80.2, F84.0): специфические расстройства развития экспрессивно-рецептивной речи – экспрессивно-рецептивная афазия развития (сенсомоторная алалия); детский аутизм.

Включение детей в данное исследование проводилось после проведения обследования с участием педиатра, психиатра, невролога, логопеда, нейропсихолога, психолога, специалиста по функциональной диагностике. При проведении данного исследования использовались *методы*: клиническое наблюдение, психологические, нейропсихологические, электроофизиологические, статистические. Клиническое наблюдение включало: общее клинические, психопатологические, неврологические, логопедические методики обследования.

*Критерии отбора* детей в исследование:

* возраст от 3 до 7 лет,
* информированное согласие родителей,
* отсутствие эндогенного заболевания,
* коррекционные комплексные мероприятия не проводилась последние два месяца.

В детском отделении Центра при постановке клинического диагноза с 2006 года учитываются данные, получаемые с помощью опросников, верифицированных на кафедре детской речи в РГПУ им. А.И.Герцена г. Санкт-Петербурга [16].

Важным информативным показателем для дифференциальной диагностики оказалась способность к обучению чтению [28] Стимулирование появления речи с помощью обучения чтению является обязательным компонентом логопедических занятий, как на основном курсе, так и на ОДК. Это направление в дефектологии, использование которого даёт многократно более эффективную активизацию речи, включено в нейрореабилитационную программу Центра в дополнение к традиционным методам с 1993 года.

**Основные направления динамических наблюдений, положительные изменения**

***Эмоционально-поведенческие реакции, в том числе коммуникативные***:

* привлекает к себе внимание в адекватной форме;
* выражает понятным образом свои намерения, желания;
* прекращает действия по инструкции (например, перестаёт шуметь);
* адекватно выражает радость, огорчение;
* проявляет симпатию к посторонним;
* способен контактировать со сверстниками, членами семьи, другими взрослыми;
* реагирует на обращение по имени (поворачивает голову в сторону зовущего, подходит и т.д.),
* начинает откликаться на имя;
* способен поздороваться, попрощаться;
* реагирует на протянутую руку.

***Понимание:***

При выполнении так называемых базовых команд:

* берёт вещи по инструкции;
* подаёт по просьбе знакомые предметы;
* выполняет требования, просьбы, поручения: *возьми, садись, закрой глаза, убери, положи на место.*

Команды на занятиях по логоритмике: *начали, стоп, закройте глаза, постройтесь по росту, встаньте парами, все идут по кругу.*

В настольных играх: *Кто начинает? Чей ход? Кто теперь ходит?* *Ты выиграл. Твоя очередь.*

Соотносит названия предметов с самими предметами.

Способен не только **идентифицировать одинаковые** изображения при игре в лото, но и успешно выполняет задания на **установление соответствий** (например, малышу – соска, зайцу – морковка; космонавту – ракета, пожарному – шланг).

***Формируется совместная игровая деятельность,*** в том числе усваивает правила дидактических игр**.**

***Появление коммуникативных жестов:***

* владеет указательным жестом;
* пользуется жестом «Дай»;
* умеет адекватно выражать отказ с помощью жеста;
* использует жест прощания;
* использует жест приветствия.

***Экспрессивная речь:***

* осмысленно повторяет услышанное;
* активно повторяет за взрослым слова и словосочетания, звукоподражания;
* имитирует звуки, слоги, слова, цепочки слов;
* называет себя по имени;
* освоены наименования некоторых предметов и действий;
* осуществляет речевое общение на основе минимального количества необходимых языковых операций.

***Способность к произвольной невербальной деятельности.*** Для её оценки мы используем музыкальные сценки (авторы фонограмм Е. Железнова и С. Железнов), где много заданий, развивающих как общую и мелкую моторику, так умение выполнять инструкции. Например, загляни под стол (в поисках зайца); пошевели пальцами рук (как краб клешнями).

***Чувство юмора:*** способен лукавить, улыбаться или начинает смеяться над тем, что может вызывать смех; нелепости вызывают улыбку.

Мы фиксируем также: насколько проявляет интерес к занятиям; какие задания вызывают наибольшие трудности; усидчивость и работоспособность; насколько быстро переключается с одного вида деятельности на другой;способность к переносу полученных навыков.

***Уровень необходимой помощи***: пассивное выполнение; с частичной поддержкой; согласно пошаговой инструкции; полностью самостоятельно.

***На групповых занятиях отмечается следующая положительная динамика***: ориентируется в ситуации занятия; реагирует действием или репликой; способен вовлекаться в игры; ждёт, пока настанет его очередь.

Отмечаем также, не нарушается ли понимание *при убыстрении темпа речи.*

Записываются и анализируются факты речи, позволяющие судить о характере и степени выраженности системного недоразвития речи.

Проводится анализ, позволяющий судить об эффективности тех или иных ***методических приёмов,*** оцениваются ***дидактические пособия и стимульные материалы.***

Качественный анализ выполнения заданий при обучении чтению основным критерием оценки познавательного развития детей. Именно при наблюдении за процессом усвоения дидактических материалов (запоминание карточек, выполнение бланковых заданий) можно было видеть, насколько быстро ребёнок понимает инструкцию, включается в задания, насколько устойчиво у него внимание, легко ли переключается с одного на другое, способен ли к переносу полученных знаний, каков оптимальный уровень требующейся ему помощи. Мы также отмечаем адекватность поведения, умение контролировать себя, замечать и исправлять ошибки, особенности мотивации. *Способность к обучению чтению* оказывается одним из самых весомым аргументом для дифференциации умственной отсталости от других нарушений психического развития.

Положительная динамика в познавательном развитии ребёнка **позволяет исключить диагноз «умственная отсталость».**

**Диагноз «детский аутизм» снимается, если:**

I. Появляются:

* взгляд в глаза собеседника;
* осмысленность деятельности;
* любопытство;
* элементы исследовательского поведения;
* жесты;
* интонационное оформление лепета;
* коммуникативная окрашенность интонаций;
* сопереживание;
* чувство юмора.

Обобщая приведённые характеристики, можно сказать, что если в какой-то степени ребенок делается собеседником (несмотря на минимальное количество языковых средств), то это объективно свидетельствует о его способности к социальному взаимодействию.

II. Начинают формироваться:

* адекватное эмоциональное реагирование;
* элементы мотивации к познавательной деятельности;
* бытовые навыки;
* концентрация совместного внимания – до 15-20 минут.

III. Дети принимают ситуацию выбора.

IV. Исчезают стереотипии.

Отдельно остановимся на явлении эхолалии. Хотя к концу первого года лечения этот симптом исчезает практически у всех детей, его возврат достаточно часто наблюдается в случаях постинфекционной или сезонной астенизации или переутомления. Эхолалии окончательно пропадают лишь через три-четыре года курсового лечения.

В ходе занятий по обучению чтению детей с ***системным недоразвитием речи*** мы могли наглядно видеть зарождение речи, процесс её активизации. Наблюдая, как логопед артикулирует, произнося написанные слова и слоги, дети начинают шевелить губами в процессе чтения, пытаются проговорить читаемое. Приблизительно через полмесяца после появления первых слов все дети начинают использовать новоприобретённые навыки и в других ситуациях речевого общения, а не только во время обучения чтению.

В случаях ***подтверждённого диагноза «детский аутизм»*** в процессе обучения чтению дети проявляли сверхувлечённость дидактическими материалами, стереотипный интерес к буквам. Даже научившись глобально прочитывать несколько слов, они никогда не использовали их для коммуникации. В то же время надо отметить, что у некоторых детей на занятиях по обучению чтению начали появляться элементы эмоционально-окрашенных реакций (жесты, возгласы) на иллюстративный материал в нашем букваре, положительное отношение к занятиям.

У отдельных детей наблюдаласьнекоторая положительная динамика. Это дети, которые находились в более благоприятной микросоциальной среде и родители которых стали активными равноправными партнёрами в общем комплексном коррекционном воздействии.

**Результаты.**

1. *Статистически достоверные результаты дифференциальной диагностики детей, поступивших на ориентировочно-диагностический курс в связи с отсутствием вербального общения:*  в результате прохождения ОДК у 97% обратившихся детей предварительный диагноз «умственная отсталость» был снят [11]. Результаты дифференциальной диагностики на ОДК были подтверждены катамнестическими данными. Длительность катамнестического наблюдения составила от 1 года до 5 лет после окончания нейрореабилитации.

2. *Верифицированные данные ОДК по проведению дифференциальной диагностики*: диагноз «детский аутизм» был снят в 90% случаев.

*Через 6 месяцев* у 32 детей (68,1%) диагностирована *экспрессивно-рецептивная афазия развития*; у 10 (21,3%) – *через 12 мес.*

Подтвержден предварительный диагноз ДА у 5 чел. (10,6%).

Результаты динамики появления новообразований и купирования общих клинических проявлений представлены в таблице 1.

Представленные наблюдения достоверно показали необходимость предложенной системы фиксации диагностически значимых показателей для дифференциальной диагностики умственной отсталости, детского аутизма и системного недоразвития речи у детей с отсутствием вербального общения; обязательного отражения в предложенной системе адекватной оценки изменений, происходящих с ребёнком в условиях длительного динамического наблюдения.

Таблица 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Общие**  **клинические проявления** | **Динамика появления новообразований и**  **купирования общих клинических проявлений** | | | | | | | |
| **системное недоразвитие речи (%)** | | | | **детский аутизм**  **(абсол. числа)** | | | |
| **60 дней** | **120 дней** | **180 дней** | **360 дней** | **60 дней** | **120 дней** | **180 дней** | **360 дней** |
| **появление речевых форм** | 31,9 | 17 | 19,2 | 21,3 | 0 | 0 | 0 | 1\* |
| **появление коммуникативных реакций** | 25,6 | 55,3 | 6,4 | 2,1 | 0 | 0 | 1\*\* | 1\*\*\* |
| **купирование психомоторного возбуждения** | 27,7 | 48,6 | 19,1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| **купирование «манежного поведения»** | 17 | 57,9 | 21,3 | 0 | 0 | 0 | 1\*\*\*\* | 1\*\*\*\*\* |
| **купирование стереотипий** | 6,4 | 34 | 29,8 | 19,2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| **купирование эхолалий** | 4,3 | 8,5 | 55,3 | 21,3 | 0 | 0 | 0 | 1 |

\* – до 10 слов

\*\*– формальные и кратковременные реакции, \*\*\*– реакция на обращение

\*\*\*\*– проявления стали значительно реже, \*\*\*\*\*– снизилась интенсивность

Очевидно, что эта оценка нужна не только для диагностики, но и для разработки основных направлений коррекционно-развивающего воздействия для конкретного ребёнка.

**Выводы.** Таким образом, сопоставление приведенных данных исследования достоверно показало статистически обоснованную аргументацию в пользу проведения предложенной медико-психолого-педагогической коррекционной программы для дифференциальной диагностики детского аутизма, умственной отсталости и специфического расстройства развития экспрессивно-рецептивной речи по типу афазии развития. В дальнейшем, как показали катамнестические данные, 42 ребенка, у которых не подтвердился диагноз ДА, были успешно интегрированы в микро- и макросоциум.

**Литература.**

1. Башина В.М. Журн. невропатол. психиатр. 1974; 74 (Вып. 10): 1538–42.
2. Башина В. М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999; 236 с.
3. Башина В.М., Красноперова М.Г. Детский аутизм процессуального генеза: вопросы патогенеза, клиника и дифференциальная диагностика // Журн. Психиатрия и психотерапия, Том 06, №1, 2004, изд-во Consilium medicum, Москва
4. Башина В.М., Симашкова Н.В. Исцеление: Альманах. М., 1993; вып. 1: 154–60.
5. Белоусова М.В., Прусаков В.Ф., Уткузова М.А. Расстройства аутистического спектра в практике детского врача / Сб. трудов «Практическая медицина. Неврология», №06 (09), 2009. – Казань, 2009.
6. Бенилова С.Ю. Самооценка и мотивация активной интеллектуальной деятельности у ребенка // Теория деятельности: фундаментальная деятельная наука и социальная практика (к 100-летию А.Н. Леонтьева) / Материалы международной конференции 28 – 30 мая 2003 г. / Под. общ. ред. А.Н. Леонтьева. – М., 2003. – С. 27 – 29.
7. Бенилова С.Ю. Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия в комплексном лечении тяжелых речевых расстройств у детей дошкольного возраста: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – М., 2004. – 24 с.
8. Бенилова С.Ю. Анализ клинико-анамнестических данных при дисфазии и афазии развития у дошкольников // Журн. «Вопросы психического здоровья детей и подростков». – Москва, 2008. – С. 42 – 54.
9. Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р., Руднева О.В. Эмоционально-поведенческие нарушения у детей с расстройствами развития речи // Журн. «Логопедия сегодня». – М., 2009.
10. Бенилова С.Ю., Кузьменко Л.Г. – Новый подход к лечению дисфазии и афазии развития у детей дошкольного возраста // Журнал «Лечащий врач», №8, 2006. – М., 2006.
11. Бенилова С.Ю., Резниченко Т.С. Ориентировочно-диагностический курс медико-педагогического воздействия для детей с тяжелыми речевыми нарушениями // Дефектология. – 1999. – №6. – С. 3-8.
12. Бенилова С.Ю., Резниченко Т.С. Дифференциальная диагностика детского аутизма и афазии развития // Сб. Материалов конференции «Актуальные вопросы детской психиатрии», 2008. – Киров.
13. Вакула И.Н., Васянина Ю.Ш., Горбунова З.Х., Мальфина И.Ю, Цику З.И. Место атипичных нейролептиков в реабилитации детей с аутизмом в рамках системного подхода // Психиатрия и психофармакотерапия / Том 09. – №3, 2007. – М., 2007.
14. Волкова Л.С., Лалаева Р.И., Мастюкова Е.М. Логопедия. – М.: Просвещение, Владос, 1995. – 384 с.
15. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм. Медицинские и педагогические аспекты. СПб., 1998 (по материалам сайта <http://www.autism.ru/read.asp?id=61&vol=36>).
16. Елисеева М.Б. Родителям малышей о диагностике речевого развития // Дошкольная педагогика, 2007, № 7 (40). – 2008, № 3 (44). – М., 2008. – С. 9-19.
17. Забрамная С. Д. Психолого-диагностическая диагностика умственного развития детей: Учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов и ун-тов. – М., 1995. – 112 с.
18. Кириченко Е.И. Недоразвитие речи у детей // Вопросы клиники и дифференциальной диагностики алалии / Учебное пособие. – М., 1977. – 12 с.
19. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
20. Козловская Г.В. Нарушения речи, специфические для раннего онтогенеза // Раннего онтогенеза психические нарушения / Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. Циркина С.Ю. – СПб.: Изд-во «Питер», 1999.– С.350 – 351.
21. Лубовский В.И. Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития // Дефектология, 1994. – М., 1994. – № 1. – С. 30-36.
22. Маркова Е.М1., Лидерс А.Г., Яковлева Е.Л. Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. – Петрозаводск, 1992. – 180 с.
23. Матвеева Н.А., Леонов А.В. Гигиенические вопросы реабилитации детей с нарушениями речи // Гигиена специальных учреждений для детей с отклонениями в состоянии / Сб. науч. тр. – Л., 1990. – С. 6 – 12.
24. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) // Классификация психических и поведенческих расстройств / Пер. на русс. яз. под ред.: Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина; Word Health Organization, 1992. – Россия, СПб, «Оверлайд», 1994. – 304 с.
25. Ньокиктьен Ч. Детская дисфазия. Сообщение 1: концепция и клинические аспекты // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – М., 1993. – Т. 93. - № 4. – С. 88 – 92.
26. Ньокиктьен Ч. Детская дисфазия. Сообщение 2: современные представления о нейробиологических механизмах // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – М., 1994. – Т. 94. – № 1. – С. 79 – 84.
27. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро – М, 1997; 496 с.
28. Резниченко Т.С. Обучение чтению как средство коррекции системных нарушений речи у дошкольников: Автореф. дисс. ... канд. пед. наук. – М., 2007. – 22 с.
29. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте // Пер. с чешск. В.В. Язвикова. – М.: Медицина, 1986. – 255 с.
30. Семаго М.М., Ахутина Т.В., Семаго Н.Я., Светлова Н.А., Береславская М. И. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов. /Под общей редакцией М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 1999. – 138с.
31. Сухотина Н.К. Состояние здоровья учащихся начальной школы // Охрана психического здоровья и подростков / Материалы IV съезда педиатров России, Москва, 17 – 18 нояб. 1998. – М., 1998. – С. 89.
32. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов. Пособие для логопедов и психологов. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.
33. Campbell M, Schay J. Pervasive Developmental Disorders.// Comprehensive Textbook of Psychiatry. – 6th ed. (Eds. H.I.Kaplan, B.J.Sadock. – Baltimore.-Williams and Wilkins, 1995; 2: 2277–93.
34. Eisenmajer R, Prior M, Leekam S, Wing L et al. J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1523–31.
35. Gillberg C. Brain disfunction 1990; 3: P. 249–60.
36. Gwerder F. Das Syndrom der leichten fruhkindlichen Hirnssschadigung // Bern. – 1976. – P. 74 – 76.
37. Krevelen van Arn D. Acta Paedopsychiatrica 1963; 30 (9–10): 303–23.
38. Rutter M. The treatment of autistic children. J.Child Psycol. Psychiat 1985; Vol. 26.
39. Schopler E, Reichler RJ. Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children. Vol.1. Psychoeducational Profile, 1979. Univ. Park Press, Baltimore, 15–108.
40. Schopler E, Reichler RJ, Renner BR. The Children Autism Rating Scale (CARS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services. 1988; 1–6.
41. Szatmari P, Bartolucci G, Bremner R. Dev Med Child Neurology 1989; 31: 709–20.
42. Trevarthen G., Aitken K., Papoudi D., Robarts J. Children with autism. London, 1996.

**Бенилова Светлана Юрьевна,** кандидат медицинских наук, врач-психиатр высшей категории детского отделения Центра патологии речи и нейрореабилитации, г. Москва, Россия

115201. Москва, Каширский проезд, дом 1/1, квартира 247.

Телефон – 8(499)613-8585, 89165256710

E-mail: sveta09ben@yandex.ru

**Резниченко Татьяна Семеновна,** кандидат педагогических наук, старший логопед высшей категории детского отделения Центра патологии речи и нейрореабилитации, г. Москва, Россия.

127051, Москва, улица Петровка, дом 26, строение 2, квартира 41.

Телефон – 8(495)625-5385, 89165041404

E-mail: elianika@yandex.ru